

## APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika  
Foundation

Building block of life

APPLICATION No. :

आवेदन संख्या :

K/0718/0688

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

05/07/18

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

NISHAR AHAMMAD

AGE-YEARS आयु-वर्ष

50

SEX लिंग

M

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्न्य का नाम

SEKH BHOLA

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान आवासस्थान पता

36/13 HERCHAND MUKHERJEE LANE, GARD NO-20,  
SADAR, HOWRAH, WEST BENGAL

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी आवासस्थान पता

— AS ABOVE —

OCCUPATION :

व्यवसाय

LABOURER

TOTAL ANNUAL INCOME :

कुल वार्षिक आय

RS. 15000/12018000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का साक्ष्य संलग्न)

PAN No. स्थायी राजस्व संख्या

ARE YOU AN INCOME TAX ASSESSEE (Tick whichever is applicable):

क्या आप आय कर दाता हैं (जो मान्य हो उस पर सही का निशान लगायें)

Yes / No

हाँ / नहीं

## FAMILY DETAILS परिवार विवरण

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Name of Family Member<br>परिवार के सदस्यों का नाम | Age (Years)<br>उम्र (वर्ष) | Gender<br>लिंग | Relation with Applicant<br>आवेदक के साथ सम्बंध |
|------------------------|---------------------------------------------------|----------------------------|----------------|------------------------------------------------|
| 1                      | NISHAR AHAMMAD                                    | 50                         | M              | SELF                                           |
| 2                      | EKRAH AHAMMAD                                     | 46                         | M              | BROTHER                                        |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |
|                        |                                                   |                            |                |                                                |

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिये विधि आधार

|                                                                                                             |                                                                                                                   |                                                                                            |                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| BPL Card<br>(Attach Card Copy)<br>गरीबी रेशा के नीचे प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | EWS Certificate<br>(Attach Certificate Copy)<br>आय आय वर्ग प्रमाण पत्र<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Ration Card<br>(Attach Copy)<br>उपभोग्यता कार्ड<br>(प्रमाण पत्र की छाया प्रति संलग्न करें) | Any Other<br>Basis/Proof<br>अन्य कोई साक्ष्य |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------|

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE:

सहायता हेतु किये गये निम्नी का उद्देश्य:

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | Medical Reports/Prescriptions Attached<br>अस्पताल/डॉक्टर से जारी की गई प्रतिक्रिया सूची संलग्न |
|------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1                      | DIAGNOSIS-CATARACT-RE                                                                          |
| 2                      | SURGERY-RE (SICST+IOL)                                                                         |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |
|                        |                                                                                                |

ASSISTANCE BEING AVAILED for SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिया गया है?

| Sr. No.<br>क्रम संख्या | NAME of OTHER SOURCE<br>अन्य स्रोत का नाम | AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED<br>इस हेतु सहायता राशि |
|------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |
|                        |                                           |                                                           |

DECLARATION by APPLICANT: ☐ TRUE ☐ FALSE ☐ N/A

- 1) I hereby confirm that all details in this Form are True to the best of my knowledge. Any false statement will render my Application & ongoing assistance, if any, liable for rejection/cancellation.
- 2) I solemnly confirm that assistance, if received from Koshika Foundation, will be used only for the "purpose", as stated in this Form, for which such assistance was requested by me.
- 3) I hereby confirm that I have not & will not in future, avail of reimbursement, in part or in full, from any other source/employer/insurance company, of the amount for which this assistance is requested.
- 1) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि इस प्रश्न में दिये गये सभी विवरण सही जानकारी के अनुसार सत्य एवं सही हैं। यदि कोई विवरण सत्य कथन अथवा दावा गलत है तो मेरी सहायक प्राप्त की जा सकती है।
- 2) मेरी इच्छा है कि प्राप्त की गई "कोशिका फाउंडेशन", से जो राशि मिलेगी, उसका उपयोग उसी उद्देश्य की पूर्ति के लिये किया जायेगा, जो इस प्रश्न में बताया गया है।
- 3) मैं यथार्थ बता रहा हूँ कि मैं इस सहायक हेतु या भविष्य में नहीं, उस राशि का वापस या समस्त विवरण किसी अन्य स्रोत/रोजगार/बीमा कंपनी से न ले रहा हूँ और न ही भविष्य में लेगा।

AGREEMENT by APPLICANT (SEEKING EMPLOYMENT)

- 1) By affixing my signature or thumb impression on this Form, I (Applicant) hereby agree & authorize Koshika Foundation and it's Trustees to use/publish/put-up/reproduce my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, through any medium, including but not limited to verbal, print, electronic, for soliciting donation to Koshika Foundation and/or disseminating information about it's activities/achievements. Such use of my photo & details can be made by Koshika Foundation before or after my treatment or fulfillment of the "purpose" for which assistance is being requested.
- 2) I (Applicant) further agree that any such use of my name, address, photo & details of the "purpose", for which such assistance is requested/granted, will not automatically entitle me for receiving or continuing the said assistance. The decision for granting and/or continuing the assistance will rest solely with the Trustees of Koshika Foundation, and their decision is this regard will be final and acceptable to me.
- 1) इस प्रकार पर अपने हस्ताक्षर या मोहरे को लगा लपककर, मैं (आवेदक) अपनी सहायता की पुष्टि करता हूँ एवं "कॉशिका फाउंडेशन और उसके न्यासीयों" को अधिकृत करता हूँ कि वे मेरा नाम, पते और जो विवरण इस प्रकार में प्रेषित है, उसे "कॉशिका" समूह न्यासी, एवं, आवश्यकता पड़े उपरान्त से दृष्टी परीक्षितियों और प्रकाशितियों को लिये किसी भी प्रकार माध्यम से प्रकाशित करने के लिए अधिकृत है। मेरे प्रकार का विवरण मेरे हस्ताक्षर या मोहरे का कार्य से करने के लिए "कॉशिका फाउंडेशन" में न्यासी अधिकृत है।
- 2) मैं (आवेदक) इस बात से सहमत हूँ कि मेरा नाम, पता, पते और विवरण को कि सहायता के उपरान्त से प्रेषित है मुझे स्वतः सहायता का हक्कदार नहीं करता। इस सम्बंध में "कॉशिका" समूह उसके न्यासीयों का निर्णय अंतिम और अप्रचलनी होता।

APPLICANT'S SIGNATURE OR LEFT THUMB IMPRESSION \_\_\_\_\_

आवेदक के हस्तक्षेप या अंगुली का निशान



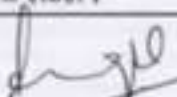
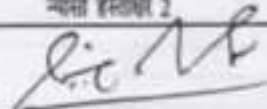
## AGREEMENT by HOSPITAL (FURNISH THE NAME)

By affixing hereunder, signature of our Authorised Signatory for recommending this case/patient for financial assistance from Koshika Foundation, we (Hospital) hereby affirm & accept following:

- 1) that we neither are presently nor will in future avail of financial assistance from another NGO or any other source, for the same patient/case, as we are requesting to get from Koshika Foundation, to the extent that such assistance is granted by Koshika Foundation. If the requested assistance is not granted by Koshika Foundation, in part or in full, then the Hospital reserves it's right to make up the shortfall from another NGO or any other source. This confirmation essentially states that the Hospital will not avail any duplicate assistance for the same patient/case from any other NGO or any other source.
- 2) The assistance from Koshika Foundation is only financial in nature. The choice of the treatment/procedure advised/conducted by the Hospital on the patient, is based on the arrangement between the patient & the Hospital, and is in no way influenced by Koshika Foundation. Hence, the Hospital will assume sole & complete responsibility of the treatment & it's outcome & safety of the patient, and Koshika Foundation will have no role or responsibility in the matter.

हमारे अधिष्ठाता, इलाहाबाद की ओर से वायव्य/उत्तरी को "कोशिका-पराज्योत्थान" से विविध सहायता हेतु निषादिका की जाती है, जिसे हम (सम्पत्त) निम्न प्रकार से वायव्य व स्थितिगत करते हैं।

- 1) यह कि न तो कॉर्पोरल और न ही पब्लिक में विविध साक्ष्य किमी और साक्षरी संस्थाएं या किसी अन्य संस्था से उक्त ऐप्लिकेशन में लेने या ले रहे हैं, बल्कि इनमें "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" से सिविलीजनिज्डि उक्त के सम्बंध में "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा पारर हेतु कि है। यह "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा साक्ष्य किमी अधिकांशकत हेतु यन्त्र परीक्षण जग है जो अस्पताल किमी अन्य और साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्थाएं से साक्ष्य लेने का अधिकार सुरक्षित रखता है। इस दृष्टि में स्पष्ट कहा जाता है कि अस्पताल द्वितीय पारर उक्त ऐप्लिकेशन हेतु किमी और साक्षरी संस्था या किसी अन्य संस्था से नहीं लेते/लेती।
2. "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" से ले गई साक्ष्य केवल विविध प्रकृति की है। लेने या हस्तांतरण द्वारा ही गई साक्ष्य या किने गये उपकरण/प्रक्रिया का पुनरावृत्ति एवं हस्तांतरण के बीच का विषय है और "कॉरिक्टा फाउन्डेशन" द्वारा किसी प्रकार का कोई रक्षण नहीं है। इसलिए हस्तांतरण में लेने के इरादे मुक्त और अपने करने की सही जिम्मेदारी लेने एवं हस्तांतरण की होती और "कॉरिक्टा" को कोई पब्लिक या डिपेंडेंसी इस मामले में नहीं होती।

|                                                                                                          |                   |                                                                                                                                 |  |                                                                                                             |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| RECOMMENDED For (Tick Acceptance or Rejection as applicable)<br>संस्तुति (स्वीकृत/निरस्त का निशान लगावे) |                   | ACCEPTANCE<br>सम्वत                                                                                                             |  | REJECTION<br>सम्वत                                                                                          |  |
| Date of Surgery<br>सर्जरी की तारीख<br>05/05/18                                                           |                   | Dr. Anandam Deb<br>MSc, DO, FRCS<br>Reg. No. 58069<br>(Name of Dr. & Regd. No. with Stamp)<br>डॉक्टर का नाम व इस्तफा व रजि. नं. |  | (Name, Designation & Stamp of Authorised Signatory on behalf of Hospital)<br>नाम व पद हस्तगत अधिकृत अधिकारी |  |
| FOR INTERNAL USE of KOSHIKA FOUNDATION      आन्तरिक उपयोग हेतु                                           |                   |                                                                                                                                 |  |                                                                                                             |  |
| SANCTIONED<br>संस्तुति                                                                                   | REJECTED<br>सम्वत | SIGNATURE of TRUSTEE 1<br>भारती इस्तफा 1                                                                                        |  | SIGNATURE of TRUSTEE 2<br>भारती इस्तफा 2                                                                    |  |
|                                                                                                          |                   |                                              |  |                        |  |